КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

А.М. Машкин, Е.В.Чесноков, А.В. Ефанов, А.А. Хойрыш, И.А.Воробьев, Н.Н. Федосеева

Тюменская государственная медицинская академия

ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр», г. Тюмень

ОАО МСЧ «Нефтяник»

Актуальность. Проблема лечения острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта остается одной из самых важных в ургентной хирургии (Савельев В.С., 2003). Несмотря на значительные успехи хирургии, анестезиологии и клинической эндоскопии летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях остается высокой. Ее уровень в настоящее время составляет 5-10%, а при рецидиве возрастает до 30-40%, и не имеет тенденции к уменьшению (Петров В.П., Ерюхин И.А., 1987; Тимен Л.Я. и соавт., 2001; Панцырев Ю.М. и соавт., 2003; Петров С.В. и соавт., 2005). Вероятными причинами являются отсутствие стандартизированного подхода и единой тактики в лечении пациентов, а также недостаточное использование современных методов эндоскопического гемостаза. При этом, в литературе очень мало публикаций, посвященных амбулаторному периоду реабилитации пациентов язвенной болезнью, осложненной ЖКК. Возможно, это связано с тем, что лечением на стационарном и амбулаторном этапе занимаются врачи разных специальностей, перед которыми стоят разные задачи, и не всегда существует преемственность в ведении этой группы пациентов. Остановка кровотечения (эндоскопическая, хирургическая) – это важнейшая, но только часть лечебного процесса, за которой должны следовать мероприятия, направленные на предупреждения рецидива, и повторного возможного обострения язвенной болезни.

Поэтому актуальным является практическое использование комплекса лечебно-профилактических мероприятий, в сочетании с интеграцией усилий различных специалистов.

Цель работы: Оценить эффективность комплекса лечебно-профилактических мероприятий при острых гастродуоденальных кровотечениях

Результаты исследования.

В основу нашей работы положена точка зрения, что наиболее важными компонентами комплекса лечебно-профилактических мероприятий при острых гастродуоденальных кровотечениях являются:

1. Приоритет эндоскопического гемостаза перед хирургическим методом, в сочетании с использованием наиболее эффективных способов эндогемостаза.
2. Адекватная, грамотная, современная и полноценная антисекреторная терапия.
3. Строгая и обязательная преемственность в лечении пациентов врачей-хирургов и гастроэнтерологов.

Нами проведен сравнительный анализ историй болезни 1304 пациентов, проходивших лечение в хирургических отделениях ОАО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) по поводу кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии за период с 2000 по 2009 г.

Все пациенты были разделены на две группы. В основную группу исследования (n=1051) вошли пациенты, которым предпринимался эндоскопический аргоноплазменный метод гемостаза.

Эндоскопическую аргоноплазменную коагуляцию (АПК) выполняли при помощи аппаратов «ФОТЕК-ЕА-140» и«ФОТЕК-ЕА-141» производства ООО «ФОТЕК» (г.Екатеринбург». Данные аппараты за 9-летний период использования показали себя очень надежными и удобными. Если сравнить их с аналогичной аппаратурой ERBE (Германия) и VALLEYLAB (США), то аппараты «ФОТЕК» предпочтительнее по ряду параметров: по цене, по соотношению цены и качества, по доступности сервиса и расходных материалов.

Контрольную группу (n=253) составили пациенты, проходившие с 2000 по 2002 год лечение по поводу кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии с использованием традиционной активной индивидуализированной тактики, в качестве эндоскопического гемостаза пациентам этой группы применялись аппликационный и инъекционный методы.

Проведенный статистический анализ не выявил достоверной разницы по полу и возрасту между пациентами обеих групп. Анализ распределения пациентов по источнику кровотечения также не выявил достоверных различий между группами. И в основной, и в контрольной группе наибольшую долю занимали пациенты с кровотечениями язвенной этиологии (60,0±1,5 и 62,1±3,0; $p>0,05$) и с синдромом Меллори-Вейсса (22,5±1,3 и 17,0±2,4; $p>0,05$).

В основной группе с продолжающимся на момент эндоскопического обследования кровотечением поступило 144 пациентов (13,7±1,1% от всех поступивших), в контрольной - 28 пациентов (11,1±2,0%). Нестабильный гемостаз на момент обследования отмечен у 666 пациентов (63,4±1,5%) основной группы, и у 155 пациентов (61,2±3,1%) контрольной группы. В целом 810 пациентов основной группы (77,1±1,3%), и 183 пациента контроль-

ной (72,3±2,8%) имели показания к экстренному или превентивному противорецидивному эндоскопическому гемостазу (p>0,05).

Таким образом, основная и контрольная группы являлись сопоставимыми по состоянию источника кровотечения при поступлении, а, следовательно - по показаниям к выполнению эндоскопического гемостаза.

У 144 пациентов контрольной группы был выполнен аппликационный эндоскопический гемостаз, у 20 – инъекционный гемостаз. Таким образом, 164 пациентам контрольной группы (64,8%±8,6) был выполнен эндоскопический гемостаз.

Для оценки эффективности метода АПК были изучена 1051 история болезни пациентов, поступивших в экстренном порядке в ОАО МСЧ «Нефтяник» (г. Тюмень) с клиникой острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта различной этиологии за период с декабря 2002 по октябрь 2009 года. В большинстве случаев оказалось достаточным однократного применения АПК (84,2%). У 113 (15,8%) пациентов АПК выполнялось два и более раза, показанием к этому послужили рецидив кровотечения, а также эндоскопическая картина нестабильного гемостаза при динамическом ЭГДС-контроле. Рецидив кровотечения после первичного выполнения АПК составил 5,2±0,7%. Таким образом, эффективность первичного однократного выполнения АПК составила 94,8±0,7%. При этом следует отметить, что изначально удалось добиться эндоскопического гемостаза у всех пациентов основной группы, которым выполнялась АПК. После повторного выполнения АПК у этих пациентов эффективность ее составила уже 98,2±0,4%. Только в 1,8±0,4% АПК оказалась неэффективной при рецидиве ЖКК, эти пациенты были оперированы. Причем следует учитывать, что в нашу группу включены также высокоинтенсивные кровотечения, остановленные АПК, без комбинации с другими методами и видами эндоскопического гемостаза. Все это позволяет отнести АПК к одному из наиболее эффективных методов эндоскопического гемостаза, существующему на данный момент.

Применение метода АПК в комплексном лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями неварикозной этиологии позволило снизить частоту рецидивных кровотечений у пациентов с выполненным эндоскопическим гемостазом с 15,9±2,3% в контрольной группе, до 5,2±1,5% в основной группе (t =2,7; p<0,05). Эффективность АПК при рецидивном кровотечении в основной группе достигла 75,0±2,3%, против 31,6±2,9% в контрольной группе (t=11,7; p<0,05).

В контрольной группе был оперирован 41 пациент из 253, в основной группе было оперировано 40 пациентов из 1051. Таким образом, применение аргоноплазменной коагуляции позволило снизить хирургическую активность с 19,0±2,5% в контрольной группе до 3,8±0,6% в основной (t =6,0; p< 0,001), или в 5 раз. Если говорить о хирургической актив-

ности по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений, то благодаря АПК она снизилась с 21,0±3,2% в контрольной группе до 5,9±1,2% в основной группе (t=5,7; p<0,001), или в 3,6 раза. Больничная летальность в контрольной группе составила 6,7±1,6% (или 4,1±1,2%, если исключить варикозные кровотечения). В основной группе больничная летальность составила 4,8±0,7% (или 2,4±0,5%, если исключить варикозные кровотечения), (t=1,3; p>0,05). Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 14,6±2,2% (причем, все умершие оперированы по поводу ЖКК), а в основной группе – 12,0±1,0%. Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов контрольной группы составила 8,5±0,3 суток, из них в отделении реанимации 0,9±0,1. В основной группе эти показатели составили 7,7±0,8 и 0,6±0,1 суток соответственно, (t=6,4; p<0,001 и t=2,8; p<0,05 соответственно).

Антисекреторная терапия чрезвычайно важна, если говорим об эндоскопическом гемостазе. С самого начала использования эндоскопической АПК мы в обязательном порядке применяли ингибиторы протонной помпы. Первоначально это был «Лосек», а с 2010 г. достаточно широко используется более современный и более совершенный «Нексиум». В официальной аннотации к препарату «Нексиум» в России с марта 2010 г. существует отдельное показание: «При кровотечении из пептической язвы для профилактики рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза».

Структура кровотечений показывает, что свыше половины наблюдений связано с язвенными кровотечениями. Это еще раз подтверждает правильность положения – язвенные кровотечения – одна из главных проблем, и с учетом цикличности язвенной болезни и склонности ее к рецидивам подключение к лечению гастроэнтерологов просто необходимо. С 2004 г. после остановки кровотечения и выписки из стационара пациенты обязательно направляются к гастроэнтерологу ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр» (г. Тюмень), где их уже ждут, и продолжают преемственное лечение. Передача может произойти и на этапе стационара – при повторных кровотечениях, при язвах ГЭА, при крупных язвах. На амбулаторном этапе гастроэнтеролог реализует целый ряд обязательных задач при лечении осложненной язвенной болезни. По нашему опыту, терапевт обычной участковой поликлиники не решает эти задачи в полном объеме, отсюда и выбор такого алгоритма преемственного лечения. Нас интересовали и отдаленные результаты АПК, отчасти и поэтому мы так активно контактировали с гастроэнтерологами. Определенные трудности проявились в связи с тем, что не все пациенты дисциплинированно приходят для периодических осмотров и противорецидивной противоязвенной терапии.

Изучив опыт взаимодействия ОАО МСЧ «Нефтяник» со специализированным амбулаторным учреждением гастроэнтерологического профиля, руководство Тюменского

здравоохранения приняло решение о полезности его расширения. Для систематизации этой трудоемкой работы был разработана и запатентована специальная электронная программа-регистр (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2010611876 «Автоматизированная система формирования регистра больных язвенной болезнью желудка», Чесноков Е.В., Воробьев И.А. и соавт., зарегистрирована в Реестре программ для ЭВМ 11.03.2010). Сейчас в этом регистре насчитывается свыше тысячи пациентов, и очень многие оказались там после выписки из стационара именно после перенесенного кровотечения. Можно сказать, что реестр этот сформировали с подачи и на материале хирургов, а пусковым моментом когда-то стало стремление проследить судьбу пациентов и узнать отдаленные результаты АПК. Благодаря функционалу программы, появилась возможность обрабатывать информацию о пациентах, перенесших язвенные кровотечения или иные хирургические осложнения, и заниматься целенаправленной профилактикой возможности их рецидива.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет сказать, что применение метода АПК в комплексе с адекватной антисекреторной терапией у больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии позволило в 3 раза снизить частоту рецидивных кровотечений неварикозной этиологии, и в 5 раз уменьшить количество вынужденных оперативных вмешательств. Также удалось достоверно сократить среднюю длительность пребывания пациентов как в целом в стационаре, так и в отделении реанимации в частности. В комплексе реабилитационных и профилактических мероприятий у больных с язвенными кровотечениями обязательной является передача пациентов к врачу- гастроэнтерологу. Полноценной реализации комплекса помогает административная регламентация потоков больных с осложненной язвенной болезнью, и применение современных программных комплексов учета.